



Vaccine Usage Aggregate Report

Immunization Program

Massachusetts Department of Public Health

For optimum accuracy, please print carefully
and avoid contact with the edges of the box.
The following will serve as an example:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Site No	Site Name	Contact Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Phone Number
		<input type="text"/>

Vaccine Usage										
Vaccine	AGE GROUP (YEARS)									Total
	<1	1	2-5	6-12	13-18	19-29	30-49	50-64	65+	
Hep B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DTaP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						<input type="text"/>
IPV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DTaP-IPV -HepB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						<input type="text"/>
Hib	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PCV7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							<input type="text"/>
MMR		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						<input type="text"/>
MCV4				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Tdap				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Td				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PPV23			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hep A			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>